Seminário 5 – 2ª parte

O recém-nascido humano, ao nascer, vê, mas não olha. Nos primeiros dois meses de vida, o bebê não enxerga bem e consegue ter apenas uma **noção de claro e escuro**. Por isso, quando está mamando, o bebê é capaz de **enxergar até onde estão os olhos da mãe.** (Navarro)

**Ele precisa de um ponto de referência no qual possa fixar o olhar**, que é um passo **para aprender a olhar**: este ponto de referência deveria ser **o vulto da mãe**! (Navarro)

A presença do vulto materno torna-se indispensável quando, na amamentação, ele será capaz de conseguir a acomodação e a convergência. (Navarro)

Acomodação e Convergência

Durante a amamentação o recém-nascido, sugando, olha alternadamente para o rosto da mãe e para o seio materno (que está à altura da ponta do seu nariz), tornando possível o reflexo de acomodação e convergência ocular descrito por Spitz. (Navarro)

O eu e o não-eu

**A acomodação e a convergência permitem distinguir um eu de um não-eu**, que é o vulto materno.

**O bebê, que até então não se percebia** como um ser existente, **passa a fazê-lo através do outro** (a mãe é o “não-eu” que serve para diferenciar o eu da criança”. (Klein apud Navarro)

Nasce assim a faculdade de **“descobrir” o outro e a si mesmo**. Esta faculdade desenvolverá o **potencial emotivo**, que induzirá ao **nascimento do eu, o desenvolvimento da identidade e, depois, da individualidade**. (Navarro)

Logo, a fase “oral” da amamentação é importante não só pela **passagem de anticorpos, de taurina, de ácidos graxos não saturados** contidos no leite materno e **ingeridos** pelo recém-nascido através da **amamentação**, mas, sobretudo, pela **estruturação inicial do eu**. (Navarro)

Boca e o contato com a realidade: a **boca**, para o bebê, representa um **órgão de contato com a realidade, com o mundo externo e da relação com o não-eu e com o outro.** Através da boca o bebê experimenta **prazer, gratificação, frustração e rejeição**.

Quando mama, o bebê se alimenta do leite e do amor maternos. “Alimentar-se exprime também para o recém-nascido, a **necessidade de ser amado, tranquilizado, e a possibilidade de se abandonar ao repouso depois de ser saciado**.” (Navarro)

“**A falta, a insatisfação, a privação precoce ou brusca do seio materno** provocam esse **sentimento de perda** que está na origem do **estado depressivo**, e esse momento existencial **impregnará toda a vida afetiva** do indivíduo.” (Navarro)

Fixação no temperamento: uma amamentação deficitária (sob vários aspectos) influenciará na formação do eu, que se fixará notoriamente no **temperamento** e manterá uma vulnerabilidade ligada à emoção de “perda”, causa de uma tendência marcante à depressividade. (Navarro)

Medo

A condição depressiva aparece como uma **insatisfação acompanhada pela facilidade de tornar-se deprimido** ou, então, como uma **tendência a reagir com raiva**. Há, portanto, uma oralidade insatisfeita e uma oralidade reprimida pela raiva, tendo, ambos os casos, como pano de fundo, a emoção primária do **medo**. (Navarro)

Borderline

A condição borderline tem origem no período neonatal, por maternagem inadequada, que é o **estresse emotivo ligado ao medo de “perda”**, tendo como resultado a **necessidade de dependência**. (Navarro)

O termo borderline pode ser traduzido por “**estado limítrofe**”. Com este termo, costuma-se definir os **indivíduos que apresentam características psicológicas “na fronteira” entre a psicose e a neurose**; mas isto é inexato, pois os mecanismos psicóticos são diferentes dos mecanismos neuróticos, e **é possível encontrar os dois no mesmo indivíduo**. Nesses casos, são condições que definimos de **“cobertura”**. (Navarro)

A amamentação e o desmame são momento importantes e deveriam fluir naturalmente, sem faltas ou traumas. Que tudo isso aconteça “fisiologicamente” é muito, muito difícil, e, por isso, não é por acaso que, inferi que o percentual borderline é, estatisticamente, de 45%! (Navarro)

Distimia

Muitas vezes, encontramos **pessoas com traços psicóticos** ou que **usam mecanismos de defesa psicóticos** quando passam por uma **desilusão ou uma frustração**, isso é expressão de **timidez, afetividade inadequada da pessoa**, por ser **distímica**. (Navarro)

**Distimia** significa **distúrbio do equilíbrio emocional,** que provoca **alterações de humor**, isto é, **da tonalidade afetiva de base**, que é **temperamental.** (Navarro)

Aspectos da amamentação que podem causar a distimia típica do borderline:

1) ***A falta de amamentação***, substituída pelo uso de mamadeira, provoca um **vínculo “frio” com o “objeto de amor”**, determinando uma **afetividade fria, apática, que na vida adulta levará a considerar o outro como objeto e não como sujeito!** Reportando-nos às observações de Spitz sobre a alternância do olhar do lactante, do rosto da mãe à própria boca sugando (acomodação-convergência), haverá nesses casos **excessiva polarização do olhar sobre si mesmo** e será **inadequada a “presença” do outro**, facilitando a instauração de **estrabismo** e, psicologicamente, **pouca consideração pelo outro e instauração de um egoísmo muito acentuado**. (Navarro)

*2)* ***A amamentação por quatro-cinco meses, no mínimo***, permite que o recém-nascido chegue à sua própria produção de anticorpos, anteriormente recebidos com o leite materno.

Nesses casos, se a amamentação foi bem-feita, não haverá distúrbios de acomodação-convergência, mas **forma-se** no indivíduo **um núcleo depressivo de tipo “insatisfeito”**, que conduz a uma depressividade que aparece na vida em toda a ocasião de “perda”.

Esboça-se assim uma base de personalidade **“oral insatisfeita”**, que tenderá a compensar-se mediante consumo de álcool (alcoolismo), dependência de drogas e, em menor medida, do fumo. (Navarro)

Amamentação Sadia

A amamentação fisiológica, ou seja, sadia, deveria durar até que o **“bebê” “bebedor”** seja capaz de se tornar **“comedor”**, e isto se desenvolve por volta do 8º-9º mês. Uma **amamentação prolongada** para além deste limite criará condições de **dependência psicológica**, pois **prolonga a condição simbiótica**, que deveria **findar na passagem da motilidade à mobilidade**. (Navarro)

Aspectos do desmame que podem causar a distimia típica do borderline:

O ***desmame* sadio**, isto é, fisiológico, deveria ter início **a partir do 5º mês**, quando o recém-nascido, que tem contato com a realidade através da boca, dá sinais de **apreciar alimentos líquidos e sólidos, além do leite materno**.

Um **desmame precoce**, às vezes **imposto bruscamente ou com frustrações**, irá provocar no recém-nascido uma **reação de raiva**, com uma condição **depressiva subjacente** (a **raiva encobre a depressão**, e por isso é uma **condição secundária**!). Tal depressão é então reprimida, e isso leva à **oralidade reprimida.** (Navarro)

Desmame Sadio

Quando o amadurecimento físico permite a inclusão de **alimentos pastosos na dieta**, a amamentação vai perdendo importância e **o organismo participa mais ativamente da digestão dos alimentos**. “Essa função equivale, **a nível emocional**, à possibilidade da **independência**, de **sermos separados** e **reconhecermo-nos como seres únicos e responsáveis por nós mesmos**.” (Volpi &Volpi, p 136)

As explosões do núcleo psicótico bordeline:

As explosões do núcleo psicótico bordeline **são de tipo depressivo**, **reativo a condições** existenciais **de perda e separação afetiva** (amamentação-desmame), onde existia um **vínculo de dependência não resolvido**, e, clinicamente, a sintomatologia é **caracterizada** por: **sentimento de abandono, tristeza muito profunda, aborrecimento, tédio, tendência ao isolamento, acompanhado de ideias de culpa, auto-acusação, indignidade, ruína**. Tudo isso leva a um estado de **abulia** (*incapacidade relativa ou temporária de tomar decisões, dificuldade ou impossibilidade do indivíduo de agir ou tomar decisões*) e de **paralisação psicomotora**. (Navarro)

Evidencia-se **que a condição borderline está ligada a uma fixação oral do indivíduo que não pôde realizar a “separação” para a chegada à autonomia neuromuscular, e, portanto, permanece psicologicamente como personalidade dependente.** A explosão do núcleo psicótico borderline acontece quando há um refluxo energético para cima, do 2º nível (boca) para o 1º nível (telereceptores). (Navarro)

Caracterialidade Oral

É principalmente **no comportamento** que essa categoria de indivíduo manifesta sua constelação biológica do **temperamento coberta pelos aspectos caracteriais de tipo oral**. (Navarro)

Os traços orais são caracterizados fundamentalmente pela **dificuldade de contato**, seja do tipo **passivo (dependência)** ou do **tipo ativo (agressividade oral)**. (Navarro)

Hoje é bem difícil encontrar uma pessoa que não tenha traços orais, que tenha superado plenamente a fase oral, ligada à boca; qualquer situação de depressão, de frustração, de perda afetiva provoca sempre uma reemergência de traços orais. (Navarro)

Aspectos da Insatisfação e os da Frustração ligados à perda do seio

Certamente é necessário distinguir os aspectos da insatisfação dos da frustração ligados à perda do seio: **a falta ou a insatisfação no aleitamento determinam uma tendência à depressão em certas situações**; ao contrário, naqueles que sofreram um **desmame brusco, determina uma forma raivosa de reagir.** A **raiva** é uma **tentativa inconsciente de autoterapia**: de uma certa forma, **a raiva serve para evitar a depressão.** (Navarro)

O modo de reagir do oral – com depressão ou com raiva – leva-nos a distinguir dois aspectos caracteriais orais: **o oral insatisfeito e o oral reprimido.** (Navarro)

**O oral insatisfeito** é a pessoa que no fundo **sempre esconde a situação depressiva,** mas como é **plenamente consciente dela,** procura **compensá-la** com alimento, álcool, fumo ou qualquer substituto que possa dar-lhe pelo menos **um mínimo de satisfação no nível oral.** Nos casos mais graves, o oral insatisfeito, para não cair em depressão, pode **escorregar “energeticamente” para o alto** em situações **psicóticas.** A inveja está ligada à “ocularidade do oral”. (Navarro) (*Porque sente que o que tem não é suficiente, tá sempre olhando o do outro, que o outro tem, mas ele não tem)*

Ao contrário, um **desmame brusco** pode estar na base de formação do caráter **oral reprimido**, isto é, de uma pessoa que **foi obrigada a comer, morder, usar os dentes antes de ter descoberto o prazer da função**. Nesses casos, são pessoas que frequentemente falam por entre os dentes e têm o queixo quadrado devido à uma tensão crônica dos músculos masséteres: **pessoas raivosas e mordazes**. (Navarro)

A defesa do **“trincar os dentes e ir adiante”** faz com que toda a **energia se retire do terceiro nível (pescoço)**, que se enrijece. E é por isso que geralmente o oral reprimido tem um **traço narcísico muito forte**, mostra obstinação e, muitas vezes, uma atitude de **defesa e desprezo** por tudo que possa estar relacionado **à psicologia**, e mais ainda à psicoterapia. Declara sem hesitação (falando entre os dentes com o maxilar rígido): “Eu não preciso de psicoterapia e sei muito bem o que eu quero”. (Navarro)

Surgimento dos Problemas Oculares

Miopia: Uma amamentação psicologicamente deficitária, na acepção mais ampla do termo, é a causa de miopia, com sua deficiência de acomodação-convergência. (Navarro)

Hipermetropia: O **desmame**, quando ocorre **precoce ou brusca ou violentamente**, provoca no indivíduo **desconfiança** (pela “novidade” do hábito de se alimentar, em vez de sugar) e **raiva** (pela perda do doce e quente bico do seio). Instala-se assim a **oralidade reprimida**.

A **lateralização do olhar** implica **“olhar para”** e **“proteger-se de”**... Típicos da hipermetropia. (Navarro)

Presbiopia: A presbiopia **não está relacionada**, senão indiretamente, **com o outro (o não-eu)**; é um distúrbio visual que decorre de condições psicológicas individuais, de uma vivência emotiva perturbada pela ansiedade perante a **dimensão espaço-temporal**. A presbiopia tem sua origem primitiva em uma dificuldade na separação do **período neonatal**, para chegar, no **período pós-natal**, à **passagem da motilidade à mobilidade**. Apesar do que diz a medicina oficial, nem todas as pessoas sofrem “fisiologicamente” de vista cansada depois dos 40 anos! (Navarro)